

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO.

Efectivo 14 abril 2003.

El Departamento de Salud, División de Financiamiento de Asistencia Médica (Division of Health Care Financing - DHCF) se compromete a proteger su información médica. La ley requiere que DHCF mantenga la privacidad de su información médica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS

El DHCF puede usar su información médica para llevar acabo nuestro trabajo. Ejemplos:

Tratamiento - determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia médica para la necesidad médica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN o de CHIP.

Pagos - determinar su elegibilidad con Medicaid, PCN o CHIP y pagar a su proveedor de asistencia médica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DHCF por los servicios médicos que Ud. obtuvo.

Gestiones de Atención Médica - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DHCF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.

Propósitos de Información - darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis, e información de la protección al consumidor.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Ud. tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información médica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.
- Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.
- Revisar y copiar su información médica incluyendo archivos y cuentas médicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información médica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. *
- Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. *
- Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones médicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años precedentes a su solicitud y excluye las fechas antes del 14 de abril del 2003. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. *
- Solicitar copia de este aviso aunque Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.
- Todas las solicitudes marcadas con asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad de DHCF para obtener los formularios apropiados de su solicitud.

COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA

Existen limitadas situaciones donde se nos permite o requiere revelar información médica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid, PCN, CHIP y los siguientes:

- Para propósitos de salud pública tales como el reportar enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades y accidentes que la ley permite reportar; reportar nacimientos y defunciones; y reportar reacciones a medicamentos y problemas con aparatos médicos
- Proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica
- Para supervisar actividades de salud tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones
- Por demandas o procedimientos similares
- Cuando es requerido por la ley
- Cuando es solicitado por oficiales de la ley u orden judicial
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias
- Para donación de órganos y tejidos
- Para investigación aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas guías federales
- Para disminuir o prevenir una serie de amenaza a la salud pública y seguridad
- Para compensación al trabajador u otros programas similares si Ud. fue accidentado en el trabajo
- Para funciones especializadas del gobierno tales como inteligencia y seguridad nacional

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

DHCF es requerido por ley:

- Mantener la privacidad de su información médica
- Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información médica
- Continuar los términos de esta información actualmente en efecto

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en nuestra página electrónica, <http://health.utah.gov/hipaa>. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de DHCF a continuación:

PARA CONTACTARNOS

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información médica, clientes del Medicaid, PCN y CHIP deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah, 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.

Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles:

Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S. W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.